

**W. Cezary Włodarczyk**

*Instytut Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Jagielloński  
Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Łódzki*

## ***Wokół prywatyzacji w ochronie zdrowia. Kilka problemów<sup>1</sup>***

System zdrowotny w Polsce, jak każdy system społeczny i zdrowotny, podlega stałym zmianom. Niektóre z nich są rezultatem zaplanowanych celowo działań – jeśli są dostatecznie rozbudowane są nazywane reformami – ale częściej zmiany powstają w sposób niezamierzony przez władze. Wynikają najczęściej z dążenia różnych grup uczestniczących w funkcjonowaniu systemu do zrealizowania zadeklarowanych celów, niekiedy osiągnięcia większych korzyści, uniknięcia dolegliwości, czyli – najszerzej mówiąc – z reagowania na zmiany otoczenia. Niekiedy zmiany są próbą przystosowania się do nowej sytuacji, niekiedy wiążą się z chęcią korzystnego ukształtowania warunków. Procesy, o których mowa, mają charakter stały, nieustannie trwa proces podejmowania decyzji i ich wdrażanie albo też unikanie decyzji o oczekiwaniu z nadzieją, że bierność jest najlepszym rozwiązaniem. Przyjmuję tezę, że zdecydowana większość zmian zachodzących współcześnie w systemach zdrowotnych ma postać cząstkową, zmiany są inkrementalne, i rzadko spotyka się ambitne projekcje, których autorzy chcieliby dokonywać radykalnej przebudowy ochrony zdrowia. Rozsądne podejście do sprawności systemu polega na tym, by poprawiać jego źle działające fragmenty z nadzieją, że fragmentaryczne udoskonalenia złożą się na dobrze działającą całość. Z dawnych rojeń na temat zbliżania się do wyidealizowanego „modelu

---

<sup>1</sup> W tekście wykorzystuję opracowanie przygotowane dla Wspólnoty Roboczej Związków Organizacji Socjalnych w ramach projektu „EAPN Polska – razem na rzecz Europy Socjalnej” (Włodarczyk 2010).

docelowego” pozostaje troska, by tworzona częściowo całość była dostatecznie spójna. Może to być zapewnione przez przyporządkowaniu systemu uznawanym w demokratycznym łańdźie wartościom – wolności wyborów, autonomii, bezpieczeństwa, solidarności. Sądzę, że ostatnia szansa, kiedy cenione było tworzenie całościowych wizji, to czas transformacji opieki zdrowotnej krajów posocjalistycznych, a ostatnia duża zmiana to reforma Baracka Obamy, którą ja sam bardziej wiążę z realizacją posłannictwa moralnego, niż technicznym usprawnianiem opieki zdrowotnej.

W tym opracowaniu podjęte są wątki powiązane z problemem prywatyzacji, tak jak pojawiały się lub trwały w ostatnim czasie. Nie były one w żadnej mierze uwikłane w rozważania teoretyczne, były to fakty i wydarzenia całkowicie realne zachodzące przede wszystkim w dyskusjach i sporach politycznych. Ich intensywna obecność, wręcz celowo wykorzystywana w tej sferze, wypierała merytoryczne dyskusje, dominujące w przeszłości.

Do analizy zostały wybrane następujące kwestie: stan poglądów ludzi na temat mechanizmów rynkowych w sektorze zdrowotnym, problem podstawowej opieki zdrowotnej i powiązanego z nią samoorganizowania się świadczeniodawców, próby własnościowego przekształcania szpitali, oddolne ruchy samoorganizacji pacjentów. Wykorzystuję informacje dostępne w publicznym obiegu. Na zakończenie przedstawiam podsumowanie.

### *Problem prywatyzacji w reformie*

Przed dziesięciu mniej więcej laty prywatyzacja w sektorze zdrowotnym była przedmiotem ożywionych rozważań i sporów. Warto zauważyć, że niektóre instytucje zdrowotne przeszły samodzielnie przez proces zmian własnościowych, co dotyczyło aptek, których obecnie zdecydowana większość jest prywatna – w 2008 roku na 1030 aptek, prywatnych było 1018 (GUS 2010, s. 257). W dyskusjach o formach własności znane było klasyczne odróżnienie prywatnej formy wytwarzania świadczeń od prywatnej formy ich finansowania (Barr 2003). O ile działanie prywatnych świadczeniodawców było oceniane – czy też postulowane – głównie ze względów efektywnościowych, to z prywatnym finansowaniem wiązano kwestie dostępności, która mogła być ograniczana nadmiernym, skumulowanym obciążaniem finansowym indywidualnych pacjentów. Koncentrując się na pierwszym aspekcie, wskazywano, że prywatyzacja oznacza proces zwiększania udziału prywatnych instytucji zdrowotnych wśród świadczeniodawców zapewniających opiekę zdrowotną, co może być realizowane już to poprzez tworzenie instytucji o prywatnej własności, które wchodzą na rynek, już to poprzez sprywatyzowanie podmiotów, które na nim funkcjonowały (i które po zmianie uprawnień własnościowych nadal świadczą usługi zdrowotne) [Tymowska 2000]. Natomiast w zamysłach reformatorskich zajmowano się także sprawami finansowania świadczeń i przez pewien czas w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym przewidywano powołanie do życia prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych<sup>2</sup>. W dyskusjach dostrzegano także inne

---

<sup>2</sup> Artykuł 4a Ustawy z dnia 18 lipca 1998 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych ustaw, DzU 1998 Nr 117, poz. 756. Ustawa uchylona w 2003 roku.

aspekty. W jednym z ówczesnych opracowań wskazano następujące wymiary prywatyzacji (Lech 2003):

- przekształcenia samodzielnych, publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego;
- prywatyzacja świadczeń i usług, a więc kontraktowanie usług z osobami wykonującymi zawody medyczne;
- prywatyzacja zarządzania: powierzanie zarządzania publicznymi instytucjami osobom fizycznym lub wyspecjalizowanym firmom;
- prywatyzacja usług pomocniczych (kuchnia, pralnia);
- prywatyzacja kosztów: przenoszenie obciążeń finansowych z płatnika publicznego na indywidualnych odbiorców.

W prowadzonych przed laty dyskusjach zwolennicy prywatyzacji powoływali się na liczne argumenty potwierdzające tezę, że zmiana właściciela będzie wielostronnie korzystna, prowadząc do profesjonalizacji zarządzania, a w konsekwencji do poprawy jakości, oszczędnej gospodarki, satysfakcji pacjentów i zadowolenia lepiej opłacanego personelu (Tymowska 2000). Współcześnie badacze są bardziej ostrożni. Prywatyzacyjne doświadczenia rządów reformujących opiekę zdrowotną tylko częściowo przyniosły dobre rezultaty. W dużym badaniu niemieckim – ponad 1000 instytucji – stwierdzono, że publiczne szpitale są średnio bardziej efektywne, niż ich działający dla zysku partnerzy, a konkurencja działa niszcząco – całkowicie wbrew oczekiwaniom zwolenników rynku – na wiele wymiarów jakości (Tiemann 2009). Podobne rezultaty uzyskano w badaniu włoskich szpitali (Rizzi 2006). Stosowano też bardziej subtelne narzędzia analizy, odróżniając efektywność finansową, techniczną i związaną z udzielaniem świadczeń (*financial, technical, service efficiency*), wskazując, że publiczne i prywatne mogą mieć różne wyniki biorąc pod uwagę różne aspekty efektywności (Lee i in. 2008). W dużym australijskim badaniu stwierdzono, że – poza zmiennymi dotyczącymi struktury leczonych przypadków – forma własności jest tylko jednym z czynników wpływających na efektywność, a czynnikiem co najmniej równie ważnym jest wielkość szpitala (Productivity Commission 2009). Wśród szpitali bardzo dużych, szpitale prywatne osiągały wyższą efektywność techniczną, ale wśród szpitali średniej wielkości szpitale publiczne były bardziej efektywne. Dla szpitali małych nie udało się ustalić jednoznacznych różnic. Zarówno szpitale publiczne, jak i prywatne osiągały dużą lub małą efektywność.

W ostatnich latach problem prywatyzacji był nadal podnoszony jako mogący służyć efektywności – już to procesom decyzyjnym polityki zdrowotnej, już to lepszemu realizowaniu zadań służby zdrowia – ale bywał także, ze wzrastającą częstotliwością, wykorzystywany jako hasło polityczne, służące mobilizowaniu politycznych zwolenników i gnębieniu przeciwników. Pojęcie prywatyzacji w tej ostatniej roli bywało synonimem zagrożenia prowadzącego do odebrania biednym możliwości leczenia się w sprywatyzowanych szpitalach, ale mogło stawać się – niekiedy nieświadomie – elementem programu występowania pacjentów we własnym imieniu, kiedy znaczenie „prywatnego” zbliżało się do pojęcia „moja sprawa”, co mogło być interpretowane jako eksponowanie swoich, także egoistycznych interesów, jak i występowanie w obronie osobistej godności.

*Poglądy społeczne*

Opinie na temat ochrony zdrowia i jej funkcjonowania są z reguły oparte na własnym doświadczeniu i oparte na osobistych obserwacjach. Jak stwierdzono w opracowaniu *Diagnozy Społecznej 2009* (najnowszej) w ciągu roku poprzedzającego badanie 94% gospodarstw domowych korzystało z usług ochrony zdrowia (Czapiński, Panek 2009). Większość, 92%, korzystała z usług opłacanych przez NFZ, ale prawie połowa płaciła za niektóre usługi – w tym za leki – z własnej kieszeni, ponosząc dodatkowe wydatki albo mając kontakt z sektorem prywatnym. Na podstawie innego badania można twierdzić, że w lutym 2010 roku 79% populacji korzystało z opieki zdrowotnej opłacanej ze środków publicznych (15% nie korzystało) [CBOS 2010]. Bliższe dane na ten temat są przedstawione w tabeli.

**Tabela 1. Korzystanie ze świadczeń zdrowotnych (w procentach)**

Korzystanie ze świadczeń zdrowotnych (w ramach ubezpieczenia i prywatnie) w ciągu sześciu miesięcy poprzedzających sondaż	Wskazania respondentów według terminów badań					
	IX 2002	XI 2003	IX 2004	XI 2005	III 2009	II 2010
Niekorzystający z usług zdrowotnych	19	15	18	16	13	15
Korzystający z usług tylko w ramach ubezpieczenia	46	47	49	47	36	38
Korzystający z usług prywatnych i w ramach ubezpieczenia	28	32	28	30	44	39
Korzystający tylko z usług prywatnych	7	6	5	7	7	8

Źródło: CBOS (2010), s. 2.

Niższe niż w poprzednim badaniu odsetki wynikają z krótszego czasu objętego analizą. Z danych „Diagnozy...” wynika, że wśród różnego rodzaju świadczeń, za które pacjenci płacili z własnych środków istotną rolę stanowiły leki, które – jak wiadomo – tylko częściowo są refundowane przez publicznego płatnika.

Ważnym wymiarem opinii na temat ochrony zdrowia jest stan zadowolenia z jej funkcjonowania. Jest zjawiskiem szeroko występującym w świecie, że duża część pacjentów wyraża brak satysfakcji – czy to w związku z warunkami korzystania, czy to z powodu efektów mniejszych, niż oczekiwane. Warto bowiem pamiętać, że poziom oczekiwań związanych z działaniem służby zdrowia jest bardzo wysoki. W przywoływanym wyżej badaniu CBOS 22% respondentów deklarowało zadowolenie – dziewięć lat wcześniej było ich 34%, niezadowolenie wyrażało 75% – wcześniej było ich 64%. Można twierdzić, że upływ czasu prowadzi raczej do pogarszania się nastrojów, aniżeli do ich poprawy. Wśród zadowolonych byli respondenci młodzi (18–24) i najstarsi – powyżej 65. roku życia, gospodynie domowe, emeryci oraz uczniowie i studenci. Niezadowolone deklarowały przede wszystkim osoby mające od 45 do 54 lat, kadra kierownicza i specjaliści z wyższym wykształceniem, a także średni personel i technicy, pracownicy administracyjno-biurowi oraz pracujący na własny rachunek poza rolnictwem. Do najbar-

dzień niezadowolonych należeli ci, którzy korzystali wyłącznie z usług prywatnych, co może być interpretowane dwojako. Po pierwsze – złe doświadczenia w kontaktach z publicznym systemem i desperacja zmusiła ich do korzystania z sektora prywatnego, ale pamięć trwała. Po drugie – doświadczenia z kontaktów z prywatnymi świadczeniodawcami były tak dobre, że pograżyło to opinie na temat służb publicznych.

Jeśli uznać, że ważnym czynnikiem, który wpływa na postrzeganie sytuacji w ochronie zdrowia jest poziom zaufania do lekarzy, to opinie badanych nie były spójne. Złym opiniom o systemie towarzyszyło stosunkowo wysokie zaufanie do lekarzy – deklarowało je 70% respondentów – w poprzednim badaniu było ich o 10% więcej. Wśród odpowiadających mniejsze zaufanie cechowało osoby mające od 25 do 44 lat, respondentów z wykształceniem zasadniczym zawodowym, bezrobotnych, gospodynie domowe oraz średni personel i techników. Być może sprawa zaufania do lekarzy wiąże się z bardziej ogólnym zagadnieniem prestiżu zawodów. Według ostatnich dostępnych badań przedstawiciele zawodów medycznych plasowali się wysoko: **na czwartym miejscu hierarchii zawodów znalazła się pielęgniarka – 77% pozytywnych wskazań i 2% negatywnych – a na miejscu piątym lekarz – 73% deklarujących poparcie i 4% deklarujących sprzeciw (CBOS 2009)<sup>3</sup>. Teza o niespójności może być potwierdzona tym, że grupy nieufnych to jednocześnie grupy zadowolonych.**

Elementem świadomości społecznej na temat ochrony zdrowia jest postulowany, obecny w wyobraźni, kształt systemu. Dotyczy to zwłaszcza wiedzy – wyobrażeń – na temat zmian rynkowych, jakie należy zastosować w systemie. Repertuar możliwych do wykorzystania mechanizmów nie jest szeroki i był wielokrotnie prezentowany – fakt, że dość ogólnikowo – w różnych koncepcjach i dyskusjach. Opinie na temat niektórych z tych propozycji są przedstawione w tabeli (badania były prowadzone kilka lat temu).

Tabela 2. Poglądy Polaków na temat pożądanych zmian w opiece zdrowotnej (w procentach)

Czy zgadza się Pan(i) czy też nie zgadza ze stwierdzeniem, że – aby każdemu obywatelowi w naszym kraju zapewnić właściwą opiekę zdrowotną – należy:	Tak	Nie
– wprowadzić dodatkowe dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne, gwarantujące w razie potrzeby nieodpłatne leczenie na wyższym poziomie	43	45
– przywrócić finansowanie opieki zdrowotnej przez kasy chorych	41	26
– zwiększyć wysokość obowiązkowej składki na ubezpieczenie zdrowotne	20	71
– całkowicie sprywatyzować opiekę zdrowotną – zlikwidować obowiązkowe składki, tak aby każdy sam płacił za swoje leczenie	16	73

Źródło: CBOS (2007), s. 8.

<sup>3</sup> Warto przypomnieć, że na pierwszym miejscu znalazł się profesor uniwersytetu i strażak.

Przekonania większości respondentów na temat tego, co zmieniać w sektorze zdrowotnym, były albo zachowawcze, albo abstrakcyjne. Przywrócenie finansowania opieki zdrowotnej przez kasy chorych było w chwili prowadzenia badań rozwiązaniem całkowicie nierealnym. Poparcie dla takiej opcji mogło być wyrazem jedynie frustracji. Z drugiej strony dodatkowe ubezpieczenie, które – przynajmniej formalnie – nie groziło żadnymi konsekwencjami dla zastanego stanu rzeczy, zostało przez większość odpowiadających odrzucone. Sprzeciw wobec zwiększenia składki – chodziłoby o podwyżkę nie rekompensowaną ulgą podatkową – wzbudził wyraźną niechęć. Zewnętrzny obserwator mógłby postawić respondentom pytanie, jak wyobrażają sobie możliwość osiągnięcia poprawy przy zastanym poziomie finansowania systemu. Wyraźna niechęć wobec prywatyzacji była motywowana ideologicznie, co jest całkowicie zrozumiałe pamiętając o historii polskiej ochrony zdrowia, ale mniej zrozumiałe w kraju mającym gospodarkę rynkową. Dodajmy, że prywatyzacja była w pytaniu interpretowana jako obciążenie pacjentów obowiązkiem płacenia z kieszeni z chwili korzystaniu, nie wspominając o możliwości prywatnych ubezpieczeń.

Jednym z wątków wśród rozważanych zmian była idea wprowadzenia w życie niewielkich opłat manipulacyjnych płaconych przy okazji uzyskiwania różnych świadczeń. Praktyka taka jest rozpowszechniona w wielu krajach i nie jest ceną płaconą za usługę, ale narzędziem wpływania na kierunek popytu i okazją uzyskiwania niewielkich przychodów. Niekiedy może to być traktowane jako element prywatyzacji. Informacje na ten temat są przedstawione w tabeli.

**Tabela 3. Poglądy Polaków na temat odpłatności za usługi opieki zdrowotnej (w procentach)**

Czy zgadza się Pan(i) czy też nie zgadza ze stwierdzeniem, że – aby każdemu obywatelowi w naszym kraju zapewnić właściwą opiekę zdrowotną – należy:	Tak			Nie		
	XI 2003	IX 2004	III 2007	XI 2003	IX 2004	III 2007
– wprowadzić niewielkie opłaty za pobyt w szpitalu	19	15	18	16	13	15
– wprowadzić niewielkie opłaty za badania laboratoryjne, zdjęcia rentgenowskie, usg itp.	46	47	49	47	36	38
– wprowadzić niewielkie opłaty za usługi medyczne, takie jak: porada lekarska, wystawienie recepty, zabiegi i inne	28	32	28	30	44	39
– wprowadzić niewielkie opłaty za wizyty u specjalistów	7	6	5	7	7	8

Źródło: CBOS (2007), s. 9.

Przedstawione dane można zinterpretować na dwa sposoby. Po pierwsze, mogą być wykorzystane do podbudowania twierdzenia, już poprzednio zasygnalizowanego, na temat zachowawczych postaw większości obywateli na temat jakichkolwiek zmian, które polegałyby na stosowaniu mechanizmów quasi-rynkowych. Przekonanie o złym, niemogącym znaleźć aprobaty charakterze wszystkiego, co sprzeciwia się zasadzie

„bezpłatnej” służby zdrowia, wydaje się być przemożnie obecne. Jednak, po drugie, możliwa jest także odmienne odczytanie wyników. Jest tak, że odsetek zwolenników wprowadzania opłat – zważmy, że w pytaniu ustawicznie powtarzania jest mantra o tym, że są to opłaty „niewielkie” stale się zwiększał. Wzrost był powolny, ale stały, co – być może – zwiastuje możliwość osiągnięcia zmiany w przyszłości. Warto też przypomnieć, że w badaniu „Diagnoza Społeczna 2007” 51% gospodarstw deklarowało, że nie jest zainteresowanych zakupem jakichkolwiek polis ubezpieczenia zdrowotnego (w badaniu o dwa lata wcześniej było ich 42%), a 31% uważało, że ich na takie wydatki nie stać (poprzednio 44%) (Czapiński, Panek 2007, s. 105). Ponad 18% badanych deklarowało gotowość skorzystania z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, pod warunkiem jednak, że miesięczna składka byłaby niższa niż 100 złotych. Perspektywa podniesienia składki drastycznie obniżała gotowość uczestniczenia w takim przedsięwzięciu.

### ***Podstawowa opieka zdrowotna i Porozumienie Zielonogórskie***

W trakcie poszukiwań nowych rozwiązań w sektorze był czas, kiedy wydawało się, że siłą napędową reformy – współtwórcą nowego systemu – będzie podstawowa opieka zdrowotna. Od czasu przyjęcia deklaracji w Ałma-Acie (Ałmaty) w 1978 roku, kiedy to POZ została uznana za kluczowe ogniwo opieki zdrowotnej nadzieje takie zyskiwały na znaczeniu<sup>4</sup>.

W starym modelu naszej opieki zdrowotnej POZ była podstawą zhierarchizowanego układu o kształcie piramidy<sup>5</sup>. Jej zadania były wykonywane przez lekarzy reprezentujących specjalności podstawowe: lekarza ogólnego dla dorosłych, lekarza pediatrę, lekarza ginekologa i stomatologa. Lekarze mieli współpracować między sobą, także z pielęgniarkami, pracownikami socjalnymi i korzystać ze wsparcia rejestratorek, sekretarek medycznych i innych współpracowników. Miejscem świadczenia usług była odpowiednia placówka POZ, dostępna dla ogółu ludności, organizowana przy dużych zakładach pracy, a także przy instytucjach kształcących.

Realizacja idealnego w założeniu napotykała liczne trudności i stosunkowo szybko została poddana ostrej krytyce. Już w raporcie z 1981 roku podjęto krytycznie jej problemy, nawiązując do idei, że POZ jest kluczowym ogniwem systemu zdrowotnego. Jednak do czasu politycznego przełomu w 1989 roku bardziej poważne zmiany nie były możliwe. Na początku lat dziewięćdziesiątych zmiany w POZ były wywoływane nie tyle przez nowe koncepcje, co przez postęp decentralizacji. Utworzone w 1990 roku samorządowe gminy mogły two-

---

<sup>4</sup> Konferencja zorganizowana przez WHO i UNICEF (6–12 września 1978). Udział wzięły 134 państwa. Konferencja była poświęcona podstawowej opiece zdrowotnej (POZ). Przyjęto „Deklarację z Ałma Aty”, gdzie poza definicją POZ uznano, że ta forma opieki jest „kluczowym (najważniejszym) elementem każdego systemu zdrowotnego” (WHO 1978).

<sup>5</sup> Por.: Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 lipca 1967 r. w sprawie organizacji otwartej opieki zdrowotnej (DzU 1967 r., Nr 36, poz. 183) i Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 czerwca 1975 r. w sprawie organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej (DzU 1975 r., Nr 25, poz. 134).

rzyć i utrzymywać zakłady opieki zdrowotnej, a ponadto otrzymały uprawnienia do zakupu świadczeń na rzecz ubezpieczonych w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej – które mogły być tworzone dzięki ustawie z 1991 roku – lub u prywatnie praktykujących lekarzy, na podstawie zawieranych umów.

W marcu 1994 r. w imieniu kierownictwa MZiOS przedstawiony został strategiczny dokument dotyczący rozwoju POZ, w którym jednoznacznie poparto ideę powszechnego wprowadzenia modelu lekarza rodzinnego (MZOiS 1994). Najdogodniejszą formą wzmacniania jego pozycji i możliwości działania byłoby prywatyzowanie działania POZ, prywatyzowanie procesu produkcji świadczeń, przy zachowaniu publicznego finansowania. W dokumencie napisano: „Dominującym modelem działania POZ w przypadku lekarza rodzinnego powinna stać się prywatna praktyka lekarska włączona w system publicznej opieki zdrowotnej poprzez kontrakt”. To wtedy właśnie wśród liderów reformy pojawiły się idee, by wykorzystywać lekarzy POZ jako siłę wspierającą reformę. Chodziło o to, by lekarze rodzinni rozwijając swoje własne prywatne praktyki, dostrzegając swoje korzyści, stawali się przykładem, przyczyniając się do wprowadzania w życie nowych rozwiązań organizacyjnych. Powstawała możliwość, że szukając poparcia lekarzy rodzinnych jako grupy o wyraźnie definiowanych interesach, starano się wykreować siły i grupy społeczne, które swój własny interes i swoją korzyść utożsamiać będą z postępami we wprowadzaniu zmian reformatorskich, będzie się tworzyło klimat społeczny sprzyjający zmianom. W tamtym czasie jako siły mniej przychylnie reformom postrzegano raczej kręgi szpitalne, zwłaszcza ordynatorów, więc otwarcie na nowe środowiska witano z optymizmem.

W 1998 roku przygotowano oficjalny dokument „Strategia rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej w oparciu o instytucję lekarza rodzinnego” (MZOiS 1998). Uznano w nim, że dostawcami świadczeń w zakresie POZ powinni być lekarze rodzinni, lekarze stomatolodzy, pielęgniarki, położne środowiskowo-rodzinne i pielęgniarki szkolne. Tę strukturę świadczeniodawców traktowano jako docelową i – co należy podkreślić – tylko przejściowo proponowano zatrudnianie przedstawicieli dawnych specjalności podstawowych. Podejmując wątki organizacyjne proponowano tworzenie praktyk lekarskich i pielęgniarskich oraz zakładów, niepublicznych i publicznych. Proponowano szerokie stosowanie budżetów, z których lekarze POZ mogliby kupować niektóre badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne. Szczegółowe określanie zakresu działań poszczególnych świadczeniodawców, powinno następować poprzez zawieranie umów cywilno-prawnych, które także stanowiłyby podstawę przekazywania środków finansowych. Aprobowano wszystkie dostępne metody ustalania płatności, choć wyrażano poparcie dla mieszanej metody, łączącej odpłatność kapitałową z elementami odpłatności za usługę. Dostrzegano niebezpieczeństwo przerzucania kosztów i ograniczania korzystania pod wpływem bodźców finansowych. Formułując postulaty dotyczące kompetencji, i związane z tym problemy kształcenia, zwracano uwagę na treści medyczne oraz na treści dotyczące „prowadzenia samodzielnej działalności gospodarczej”. Interesujące, że pominięto kwestie dotyczące społecznego kontekstu tak postępowania zdrowotnego, jak i działania organizacyjnego. Stawiając problem funkcji regulacyjnych autorzy dokumentu dostrzegali rolę MZiOS, a także organizacji pacjentów o charakterze konsumenckim, ale zasadniczą rolę przyznawali autonomicznym organizacjom profesjonalnym – izbom lekarskim, zwłaszcza



w dziedzinie wydawania certyfikatów uprawniających do prowadzenia praktyk (izby pielęgniarek i położnych pominięto) oraz Kolegium Lekarzy Rodziny w dziedzinie „wewnętrznych procedur zabezpieczenia jakości”. Warto podkreślić, że tę ostatnią funkcję zamierzano rozwijać bez stawiania problemu jej prawnego umocowania, a odwołując się jedynie do argumentu profesjonalnej racji.

Dokument ten stał się podstawą przekształceń POZ realizowanych w toku wdrażania reformy opieki zdrowotnej, a następnie jego podstawowe elementy – przy podkreśleniu sprawowania opieki zarówno w miejsce zamieszkania, jak i nauki – stały się obowiązującą wykładnią przy zakupie świadczeń z zakresu POZ (*Standard...*, 2001). Elementem systemu budowanego przez rozwinięcie koncepcji POZ stało się Kolegium Lekarzy Rodziny powołane do życia w 1992 roku jako dobrowolna, samorządna organizacja, zrzeszająca lekarzy rodzinnych (mających specjalizację w tym zakresie) [Balicki, Łuczak 1996, s. 88–103]. Jego nadrzędnym celem była promocja instytucji lekarza rodzinnego, co było realizowane zarówno poprzez udział członków Kolegium w przygotowywaniu merytorycznych dokumentów na temat medycyny rodzinnej, jak i poprzez aktywność organizacyjno-polityczną.

Ważnym wydarzeniem w dziejach POZ stały się ustawy o zawodzie lekarza oraz pielęgniarki i położnej, a wcześniej ustawa o zoz, które stworzyły podstawy prawne nowej organizacji tej formy opieki. Świadczenia POZ były udzielane w niepublicznych zoz, albo w praktykach lekarzy rodzinnych, indywidualnych lub grupowych. W tym kształcie funkcjonowała POZ.

Pod koniec 2003 roku NFZ, jak zwykle, rozpoczął negocjacje ze świadczeniodawcami na temat umów, które powinny być zawarte na następny rok. Odchodząc od rutyny w rozmowach z lekarzami POZ postanowiono upomnieć się o ustalenia, które były przed laty wskazywane jako kluczowe zalety tej formy opieki. Przedmiotem postulatów były sprawy następujące:

- przekazywanie na badania 10% funduszy gwarantowanych kontraktem z NFZ;
- świadczenie pacjentom całodobowej opieki zdrowotnej;
- ponoszenie kosztów transportu pacjentów do szpitala;
- praca w soboty do południa.

Zewnętrzny obserwator mógł odnosić wrażenie, że warunki stawiane są czymś całkowicie naturalnym, co było utrwalone w świadomości świadczeniodawców, ale rzeczywistość okazała się zupełnie różna. Wielu lekarzy POZ, a następnie ich przedstawiciele, doszli do wniosku, że żądania płatnika są nieuczciwe, bo stawiane są nowe wymagania, które zwiększają obciążenia świadczeniodawcy bez żadnej rekompensaty finansowej. Przedstawiciele środowiska wyrażali sprzeciw, indywidualni lekarze odmawiali podpisywania umów. W efekcie, na znacznych połaciach kraju, w nadchodzącym roku pacjenci nie mieli zapewnionej opieki i dostępu do elementarnych świadczeń zdrowotnych. Wkrótce okazało się, że sprzeciw świadczeniodawców ma realny wymiar: gabinety lekarzy POZ pozostały zamknięte – szacowano, że około 10 milionów pacjentów nie miało możliwości skorzystania z porady lekarskiej. Zupełnie nowym zjawiskiem były zbiorowe i zorganizowane wystąpienia świadczeniodawców. Lekarze rodinni i pracodawcy zawarli porozumienie, które wobec otwartego konfliktu przejęło na siebie ciężar negocjacji. Powołane ono zostało 2 sierpnia 2003 roku w Zielonej Górze przez świadczeniodawców z kilku województw

zachodnich<sup>6</sup>. Główną rolę w mobilizowaniu środowiska odegrali lekarze POZ. Warunki stawiane przez NFZ zostały określone jako „zapisy destabilizujące prawidłowe funkcjonowanie POZ”, a dopuszczalną metodą sprzeciwu miało być „możliwość solidarnego niepodpisywania umów kontraktowych na rok 2004 przez wszystkich świadczeniodawców pasa zachodniego i południowego Polski”<sup>7</sup>. Powstanie organizacji – Porozumienia Zielonogórskiego (PZ) – było uzasadniane koniecznością wspólnej reakcji na warunki stawiane przez NFZ, które traktowane były jako wygrywanie pozycji monopolistycznej. Działania NFZ były postrzegane jako przejaw nieprzyjaznej polityki, prowadzonej przez Ministerstwo wobec prywatnych świadczeniodawców. W tym czasie rządziła koalicja SLD i PSL. Media, informując o narastającym konflikcie, miały trudności z zajęciem jednoznacznego stanowiska. Z jednej strony działania władz nie wzbudzały sympatii, ale jednocześnie strajk w newralgicznym punkcie systemu – w środku zimy – był postrzegany jako niebezpieczeństwo. W rozmowy włączył się Minister Zdrowia, kiedy okazało się, że władze NFZ nie są władne rozstrzygać o zasadności żądań przedstawicieli PZ. Dnia 6 stycznia 2004 roku, po ponad 40 godzinach negocjacji porozumienie zostało osiągnięte, lekarze wrócili do pracy. Porozumienie, określane jako kompromis, było całkowitym zwycięstwem PZ. Wszystkie postulaty świadczeniodawców zostały uwzględnione, a wszystkie oczekiwania formułowane przez NFZ zostały potraktowane jako uzurpacja. Poczucie sukcesu zachęciło działaczy PZ do nadania ruchowi, w znacznej mierze spontanicznemu, cech przedsięwzięcia bardziej zorganizowanego, co stało się bodźcem do powołania w 2004 roku Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia z siedzibą w Zielonej Górze. Jej celem miała być „ochrona praw i reprezentowanie interesów swoich członków wobec dysponentów publicznych i prywatnych środków przeznaczonych na finansowanie usług medycznych, związków zawodowych, organów władzy i administracji państwowej, organów samorządu terytorialnego oraz innych organizacji”.

Wprawdzie władze publiczne wycofały się pod presją PZ, kosztem pacjentów, ale można było mieć nadzieję, że jest to ustępstwo przejściowe, wynikające ze słabej pozycji negocjacyjnej. Jednak dalszy przebieg zdarzeń prowadzi do odmiennego wniosku. Realizując dążenie do definiowania koszyka świadczeń gwarantowanych przyjęto przepis petryfikujący okrojony zakres funkcji POZ. W załączniku stwierdzono, że „świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej od poniedziałku do piątku, w godzinach od 8.00 do 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy”, dopuszczając możliwość krótszej pracy w filiach świadczeniodawcy<sup>8</sup>. Kiedy zachodziłaby konieczność pobrania próbek laboratoryjnych należało „zapewnić we własnym zakresie i na własny koszt pojemniki na materiały do zleconych badań oraz pojemnik

---

<sup>6</sup> Porozumienie Zielonogórskie. Historia powstania Federacji, dostępne na stronie: <http://www.fpz.nazwa.pl/historia.inc>.

<sup>7</sup> Porozumienie Zielonogórskie zawarte w dniu 2 sierpnia 2003 r w Zielonej Górze. Porozumienie Zielonogórskie, Wikipedia, dostępne na stronie: [http://pl.wikipedia.org/wiki/Porozumienie\\_Zielonog%C3%B3rskie](http://pl.wikipedia.org/wiki/Porozumienie_Zielonog%C3%B3rskie).

<sup>8</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, z załącznikami (DzU 2009 Nr139, poz. 1138).

zbiorczy do transportu pobranych próbek”. Lista pacjentów lekarza POZ i lista pacjentów pielęgniarki POZ pozostawały odrębne. Lekarz POZ w ramach współpracy z pielęgniarką, na której liście znajduje się pacjent, był obowiązany do wydania skierowania na realizację zleceń pozostających w jej zakresie zadań. Po latach ambitnych planów podstawowa opieka zdrowotna stała się jednym z elementów – okazało się, że uprzywilejowanym, ale nie bardziej istotnym – systemu zdrowotnego.

### ***Zamierzone przekształcenia szpitali***

Poszukiwanie dobrych formuł organizacyjnych dla tworzenia struktur świadczeniodawców były podejmowane od najwcześniejszych faz reformowania systemu. Z tego punktu widzenia jako przełomową traktuje się ustawę z 1991 roku, kiedy wprowadzono koncepcję samodzielnego, publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Funkcje właścicielskie – funkcje organu tworzącego – powierzono w większości przypadków organom samorządowym. Miało to przybliżyć miejsce rozstrzygania ważnych kwestii zainteresowanym pacjentom, było wyrazem decentralizacji, ale nie zapobiegło szeroko występującemu zjawisku tworzenia długów, co zmuszało władze centralne do podejmowania akcji oddłużania. Problem był dostrzegany, ale metody jego rozwiązania wiązano przede wszystkim z jakością zarządzania. W strategicznym dokumencie na temat systemu zdrowotnego w Polsce stwierdzono, że dyrektorzy szpitali oraz właściciele i dyrektorzy niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, odpowiedzialni za zarządzanie tymi zakładami (Ministerstwo Zdrowia 2005). Uznano, że poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jest jednym z czterech celów strategicznych, ale nie wskazywano bliżej metod jego realizacji. W diagnozie nie wskazywano instytucjonalnych warunków, w jakich organizowani byli świadczeniodawcy jako przyczyny występujących dysfunkcji, chociaż pojawiała się kwestia braku skutecznych mechanizmów nadzoru organów założycielskich wobec samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. W dyskusjach przedstawiano jednak także propozycje zastąpienia dotychczasowej formuły szpitali koncepcją spółki, zwłaszcza koncepcją spółki użyteczności publicznej. W jednym z takich projektów, firmowanym przez Lewicę, rozpatrywanym przez Sejm proponowano, że szpitale mogą być organizowane jako spółki użyteczności publicznej, jednostki budżetowej, zakładu budżetowego, a także jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej<sup>9</sup>. Projekt ten został przez Sejm odrzucony, po negatywnym stanowisku przedstawionym przez rząd<sup>10</sup>. Z czasem – około 2008 roku – idea spółki została przejęta przez liderów zmian przygotowujących propozycje reformatorskie.

---

<sup>9</sup> Projekt ustawy o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw, Druk nr 292, 30 stycznia 2008, dostępne na stronie: [http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/23F1E647A8FC87F7C1257408003700E2/\\$file/292.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/23F1E647A8FC87F7C1257408003700E2/$file/292.pdf).

<sup>10</sup> Stanowisko Rządu wobec poselskiego projektu ustawy – o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw, Druk nr 292, 25 marca 2008, dostępne na stronie: [http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/5FF3F623DF21CD20C125741800268227/\\$file/292-004.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/5FF3F623DF21CD20C125741800268227/$file/292-004.pdf).

Autorzy zestawu propozycji firmowanego przez PO uznali, że ze względu na konieczność dokonania znaczących zmian w zakresie organizacji i funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej, zasadne i celowe było przygotowanie nowej ustawy, a nie kolejnej nowelizacji starej, która już wielokrotnie była poddawana takim zabiegom. Argumentem za całościowym potraktowaniem problemów sektora zdrowotnego były również istotne zmiany zachodzące w całym systemie ochrony zdrowia, w jakim działają zoz i inne podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych. Jednocześnie, z uwagi na bardzo obszerny i różnorodny zakres zagadnień zawartych obecnie w ustawie o zoz uznano za zasadne podzielenie ich i uregulowanie w odrębnych aktach prawnych. Stąd idea pakietu propozycji. W skład „pakietu reformatorskiego” weszły następujące ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, o pracownikach zakładów opieki zdrowotnej, o akredytacji w ochronie zdrowia, o konsultantach w ochronie zdrowia.

Wśród różnych ustaw za projekt najważniejszy dla strukturalnych i finansowych ram systemu uznany został projekt dotyczący zoz. W projekcie utrzymany został podział na zakłady publiczne i niepubliczne. Zaproponowano, by szpitale mogły być tworzone i prowadzone wyłącznie przez samorząd województwa, wyłączając inne szczeble samorządu. Wyłączono także spółki cywilne, jako podmioty tworzące zakłady niepubliczne. W projekcie utrzymano podział na zakłady stacjonarne i ambulatoryjne, określając ich zamknięty katalog. Nowym rozwiązaniem było wprowadzenie możliwości pobierania przez szpital opłaty za zapewnienie pacjentowi pomieszczenia o wyższym standardzie, co wymagałoby określenia przez ministra zdrowia standardu definiującego standard podstawowy.

Wysokość opłaty miał ustalać kierownik zoz. Za najistotniejsze uznano propozycje przepisów zakładające dopuszczenie możliwości działania zakładu opieki zdrowotnej w formie spółek handlowych, co oznaczało możliwość powstawania spółek z ograniczoną odpowiedzialnością oraz spółek akcyjnych. Autorzy propozycji stwierdzili, że rozwiązanie dotyczące spółek stanowiło odpowiedź na liczne postulaty w tej sprawie zgłaszane do MZ<sup>11</sup>. Zaproponowano, by w przypadku szpitali klinicznych udział publicznej uczelni medycznej, publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych lub CMKP w spółce pozostawał na poziomie co najmniej 75%, bez możliwości zbywania akcji lub udziałów. W odniesieniu do pozostałych zakładów opieki zdrowotnej minimalny udział Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego ustalony został na 51%. Procedura przekształcania zakładów w spółki została potraktowana jako w pełni dobrowolna. Samodzielne publiczne zoz pozostające zakładami miały otrzymać gwarancję, że mogą nadal funkcjonować w dotychczasowej formie. Twórcy projektu zakładali, że dobrowolność przekształcenia zachęci w pierwszej kolejności zakłady, znajdujące się w najlepszej sytuacji finansowej – a więc nie wszystkie – a ich przykład może zachęcać pozostałe do pójścia tą samą drogą. Ale rząd miał inną opinię. W swoim

---

<sup>11</sup> Projekt ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Uzasadnienie, Druk nr 284, 18 stycznia 2008 r., dostępne na stronie: [http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/78577D380F66F8B5C12573FE004113BA/\\$file/284.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/78577D380F66F8B5C12573FE004113BA/$file/284.pdf).

stanowisku, chwalać ogólnie inicjatywę, zaproponował przekształcenie wszystkich szpitali w spółki, znosząc jednocześnie podział na zakłady publiczne i niepubliczne<sup>12</sup>.

Jako bardzo ważny problem związany z formułą instytucjonalną, jaka miała być zastosowana do świadczeniodawców, była kwestia finansowej odpowiedzialności kierownika za sytuację szpitala. Jak już stwierdzono wyżej jednym z najbardziej niebezpiecznych zjawisk był powtarzający się wielokrotnie proceder zadłużania szpitali. Powtarzane akcje oddłużania nie przynosiły rezultatów, a sami decydenci z reguły twierdzili, że powodem długów było dążenie do zaspokojenia potrzeb pacjentów. W przywoływanym już dokumencie o Strategii rozwoju ochrony zdrowia przyjęto, że problem odnawiającego się zadłużania spoz wynika z szeregu przyczyn (Ministerstwo Zdrowia 2005):

- ograniczonej wysokości środków publicznych na ochronę zdrowia;
- nieracjonalnego rozmieszczenia zoz;
- niewłaściwej alokacji środków;
- braku odpowiedniego nadzoru właścicielskiego;
- złego zarządzania zakładami opieki zdrowotnej.

Twórcy pakietu reformatorskiego – i koncepcji szpitala zorganizowanego jako spółka – przyjmowali założenie, że proponowana formuła organizacyjna pozwoli na rozwiązanie tych problemów. Co więcej, można było odnieść wrażenie, że wierzono, iż przekształcenie spoz w spółkę stworzy gwarancję sukcesu, a w każdym razie uchroni świadczeniodawcę przed popadaniem w długi w przyszłości.

W projekcie ustawy o zoz przyjęto, że zarząd spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej pełni funkcję kierownika publicznego zakładu opieki zdrowotnej prowadzonego w formie tej spółki. W związku z tym zasady odpowiedzialności przewidziane w przepisach kodeksu spółek handlowych mogły być wykorzystane. Te same przepisy dotyczące odpowiedzialności cywilnoprawnej członków zarządu można było stosować do zarządcy, jeśli taka forma kierowania zakładem była stosowana. Inną formą kontroli były analizy bilansów. Jeżeli bilans sporządzony przez zarząd wykaże stratę przewyższającą sumę kapitałów zapasowego i rezerwowych, zarząd jest obowiązany niezwłocznie zwołać zgromadzenie wspólników albo walne zgromadzenie w celu powzięcia uchwały dotyczącej dalszego istnienia spółki.

W pierwotnym projekcie decyzja o przekształceniu spoz w spółkę miała być dobrowolna. Jednak w trakcie prac nad projektem ustawy podejście twórców ustawy – prawdopodobnie pod wpływem rządu – uległo zmianie i zaproponowano przymusową i jednoczesną zmianę usytuowania prawnego szpitali poprzez przekształcenie ich w spółki. W tekście ustawy znalazło się sformułowanie następujące: Minister, centralny organ administracji rządowej, wojewoda oraz jednostka samorządu terytorialnego, może wyłącznie utworzyć spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółkę akcyjną, prowadzącą zakład opieki

---

<sup>12</sup> Stanowisko Rady Ministrów wobec poselskiego projektu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, 12 czerwca 2008 r., dostępne na stronie: [http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/850ED615EA735109C1257467004CF286/\\$file/284-294-s.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/850ED615EA735109C1257467004CF286/$file/284-294-s.pdf).

zdrowotnej<sup>13</sup>. Zakład mógł mieć także postać jednostki lub zakładu budżetowego. Również publiczna uczelnia medyczna albo publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, albo Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, mogły wyłącznie utworzyć spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółkę akcyjną, prowadzącą zakład opieki zdrowotnej.

Kwestia przymusu stała się przedmiotem ożywionych debat<sup>14</sup>. Przedstawiciele opozycji nie mieli wątpliwości, że obligatoryjna formuła jest złym pomysłem. Poseł PiS Bolesław Piecha mówił: „Z ustawy, która miała być szansą, wyszła ustawa, która może być gwoździem do trumny polskiej opieki zdrowotnej. Z ustawy, w której miała być fakultatywność przekształcenia, ograniczenie możliwości objęcia udziałów, działalność szpitali określona jako not for profit, zrobił się wilczy, liberalny rynek. W związku z tym, że Platforma Obywatelska bardzo często używa słowa: komercjalizacja, mam przed sobą kilka słów o komercjalizacji zawartych w encyklopedii. Komercjalizacja jest to ogół zmian mających na celu oparcie czegoś na zasadach komercyjnych, handlowych. Celem komercjalizacji jest prywatyzacja”<sup>15</sup>. Poseł LiD Marek Balicki powiedział: „Popieramy przekształcenia w spółki kapitałowe i uważamy, że jest pole kompromisu, tylko że przekształcenia muszą mieć charakter dobrowolny, czyli decyzja ma należeć do samorządu. W strukturze właścicielskiej takich spółek większość muszą mieć podmioty publiczne, czyli jednostka samorządu terytorialnego albo Skarb Państwa. Poza tym spółki te mają działać nie dla zysku. Te elementy, pani minister, były zawarte w projekcie ustawy, który wyście skierowali do parlamentu w styczniu. [...] zostały zmarnowane trzy lata pracy na rzecz rozsądnego i racjonalnego naprawiania systemu opieki zdrowotnej”<sup>16</sup>.

Wątpliwości dotyczące radykalizacji propozycji reformatorskich płynęły nie tylko z opozycyjnych środowisk politycznych. Szanse planowanego przedsięwzięcia warto oceniać z punktu widzenia instytucji, które miały przejmować odpowiedzialność za prowadzenie instytucji zdrowotnych – samorządów i ich społecznego zaplecza. Jeśli przedstawiciele tych instytucji wyrażają obawy, to warto je brać pod uwagę. Możliwość szukania odpowiedzi na temat stanowiska środowisk samorządowych powstawała w związku z badaniem podjętym przez Obywatelski Ośrodek Konsultacji Społecznych (2008). Badanie przeprowadzone zostało na reprezentatywnej grupie 260 samorządów, organizacji pozarządowych i związków zawodowych ze wszystkich rejonów Polski. Opinia, że reforma była niezbędna była wyrażana przez przedstawicieli 59 % ogółu badanych instytucji, którzy uważali, że obowiązujący w Polsce system ochrony zdrowia był zły i wymagał radykalnych zmian. Wśród instytucji administracyjnych ten sam odsetek wyniósł 43%. Przedstawiciele 52% ogółu instytucji

---

<sup>13</sup> Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o zakładach opieki zdrowotnej, dostępne na stronie: [http://orka.sejm.gov.pl/proc6.nsf/ustawy/284\\_u.htm](http://orka.sejm.gov.pl/proc6.nsf/ustawy/284_u.htm).

<sup>14</sup> O politycznym klimacie dyskusji może świadczyć to, że Ośrodek Myśli Społecznej im. F. Lassalle'a prowadził stronę internetową zatytułowaną „Szpitale dla ludzi, nie dla zysku”, [http://szpitaledlaludzi.pl/4,o\\_nas.html](http://szpitaledlaludzi.pl/4,o_nas.html).

<sup>15</sup> Sprawozdanie stenograficzne, 6 kadencja, 26 posiedzenie, 1 dzień (21-10-2008), dostępne na stronie: <<http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf>>.

<sup>16</sup> Tamże.

wierzyli, że pakiet reformatorski poprawi sytuację, w 37% instytucji twierdzono, że przedsięwzięcie było ryzykowne. Wśród samorządów w 32% przedstawiano opinię pozytywną, w 5% negatywną (zmiany przyniosą szkody), a w 35% twierdzono, że nic się nie zmieni. W ogólnej próbie, w 47% instytucji przedstawiano opinię, że planowane przekształcenie zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego usprawni zarządzanie zakładami opieki zdrowotnej, ale w 44% instytucji wyrażano opinię przeciwną. Wśród przedstawicieli administracji przekonania były inne. Przekształcenie zakładów w spółki prawa handlowego jako słuszne, usprawniające zarządzanie oceniało 37% badanych, obawę, że narazi ZOZ na upadłość wyrażało 28%, a niebezpieczeństwo wyprzedaży majątku widziało 7% respondentów. Jednocześnie często wyrażano obawę o to, czy samorzady są merytorycznie przygotowane do przejęcia większościowej odpowiedzialności za prowadzenie spraw przekształconych zakładów – w 40% wyrażano opinie pesymistyczne, a w 23% ogółu instytucji deklarowano optymizm pod tym względem. Przedstawiciele samorządów byli bardziej powściągliwi pod tym względem: 19% uważało, że tak, samorzady są przygotowane, a 28%, że nie, pozostali nie mieli zdania. W pytaniu „Czy proponowane zmiany systemu ochrony zdrowia doprowadzą do właściwego gospodarowania środkami NFZ” rozkład odpowiedzi był 31% – tak i 30% – nie, podobne proporcje występowały w samorządach.

Specjalna ustawa miała wprowadzać w życie uchwalone ustawy<sup>17</sup>. Poza ustawą o prawach pacjenta pozostałe miały wejść w życie 1 stycznia 2009 r. Rząd zamierzał doprowadzić do jednoczesnego wprowadzenia w życie całego pakietu. Kiedy jednak Prezydent wybiórczo akceptował niektóre tylko ustawy – ustawa o ZOZ została odrzucona – wetem została objęta także ustawa wprowadzająca. Próby odrzucenia weta przez Sejm nie powiodły się, ponieważ koalicji nie udało się pozyskać głosów SLD. Na podstawie niepotwierdzonych przecieków twierdzono, że powodem twardego stanowiska był sprzeciw koalicji wobec prób osłabienia obligatoryjnego charakteru przekształceń szpitali w spółki. Zmiana formy prawnej ZOZ nie była możliwa.

Dążąc do przezwyciężenia trudności wynikających z odrzucenia ustawy, minister zdrowia ogłosiła w lutym 2009 – w towarzystwie premiera – „Plan B” („Super Ekspres” 2009). Miał ambitną nazwę „ratujmy polskie szpitale” i przypominał możliwości prowadzenia przekształceń własnościowych w ramach istniejącego porządku prawnego. Jak powiedział Premier „...ten projekt ma zapobiec dzięki prywatyzacji, że ten projekt ma zapobiec likwidacji szpitali, że to jest właśnie projekt, dzięki któremu te szpitale mogą przetrwać”. Ustalenia samorządów wchodzących na ścieżkę przekształceń miały być wspierane finansowo. Przewidywano spłatę części zobowiązań szpitali – wobec ZUS i urzędów skarbowych. Zadłużenie nie mogło powstać po 1 stycznia 2009 r. Początkowo przewidywano, że wsparcie na oddłużenie szpitali przekształconych w spółki będzie wynosić 2,6 mld zł rocznie. Ocena tego przedsięwzięcia nie była jednoznaczna. Z jednej strony przedstawiano niepowodzenia inicjatywy i małe nią zainteresowanie. Choć początkowo udział w przedsięwzięciu zadeklarowało 57 szpitali, to do lata zmiany

<sup>17</sup> Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia. Ustawa nieuchwalona ponownie po wecie prezydenta.

przeprowadzono w 7 (Money.pl 2009). Można jednak także było znaleźć informacje pozytywne z punktu widzenia zwolenników przekształceń. Wskazywano wzrost udziału świadczeniodawców prywatnych (120 w 2008) i działających w formie spółek samorządowych (67 w 2008) w wolumenie udzielanych usług („Gazeta Prawna” 2009). Szacowano, że wzrost osiągnięty między rokiem 2007 i 2008 kiedy udział sektora sprywatyzowane wzrósł od 1% do 10% będzie kontynuowany. Wskazywano potwierdzone doświadczeniem zalety prywatyzacji. Jak stwierdził jeden z uczestników tych procesów: „Zaraz po przejęciu jesteśmy w stanie obniżyć koszty funkcjonowania nawet o 50%”. Zgodnie z danymi GUS w 2008 roku było 186 szpitali niepublicznych i 546 publicznych szpitali ogólnych (GUS 2010, s. 260).

W roku 2010 stało się jednak oczywiste, że plan B nie powiódł się. Do kwietnia tylko 11 samorządów przyjęło decyzje o przekształceniu szpitali („Gazeta Prawna” 2010). Jednym ze wskazywanych powodów był prawdopodobnie lęk samorządów, które wobec zbliżających się wyborów nie chciały ryzykować oskarżeń o pochopną prywatyzację publicznego majątku. W tej sytuacji zaproponowano trzy modyfikacje planu B:

- O dwa lata, do końca 2013 roku, zostanie wydłużony czas na przekształcenie szpitala w spółkę.
- Samorzady będą mogły z rządowych pieniędzy spłacić nie tylko długi, ale także kredyty zaciągnięte w latach 1999–2008, o ile były one przeznaczone na remonty czy zakup sprzętu dla szpitala.
- Do planu będą mogły przystąpić także te samorzady, które już skorzystały z rządowej dotacji, a miały zaciągnięte kredyty, których rządowa pomoc nie mogła pokryć.

Istnieje prawdopodobieństwo, że bardziej elastyczne zasady przekształceń i dostosowanie zasad udzielania pomocy szpitalom znajdującym się w trudnej sytuacji zwiększą liczbę samorządów i szpitali decydujących się na przekształcenia. Wypada także wyrazić nadzieję, że ziszczą się oczekiwania twórców koncepcji zmian, że – raz wprowadzone – będą sprzyjały bardziej racjonalnemu zarządzaniu.

Sprawa przekształceń własnościowych szpitali stała się okazją do znaczącej deprofesjonalizacji dyskusji i jej podporządkowania sporom politycznym. Drastycznym tego przejawem było wykorzystywanie kwestii związanych z ochroną zdrowia i jej reformą w czasie kampanii prezydenckiej u progu 2010 roku. Najpierw, jeszcze przy okazji dyskusji prowadzonych w Komisji Sejmowej, doszło do wykorzystania pojęcia „prywatyzacji szpitali” jako argumentu będącego zarzutem o złych intencjach przeciwników („Gazeta Prawna” 2008). Całkowite zmanipulowanie sensu pojęcia prywatyzacji i jego kontekstu, tak że zatraciło sens merytoryczny, nie stało się przedmiotem niczyjej troski. Strona pomawiana o chęć prywatyzacji zaprzeczała temu z całą energią, zastępując „prywatyzację” pojęciem „komercjalizacji”, mimo że przekształcenia samodzielnych, publicznych zoz w spółki prawa handlowego było w przeszłości rozumiane jako forma prywatyzacji („Rynek Zdrowia” 2010). Później doszło do sporu sądowego na temat rzekomego lub rzeczywistego dążenia jednej z partii do prywatyzacji szpitali. Sytuacja, w której interpretacja programu politycznego zostaje oddana w ręce sądu jest merytorycznie absurdalna, nawet jeśli – formalnie – spór dotyczył kłamstwa jednego z kandydatów, a nie sposobu rozumienia propozycji dotyczącej



zmian w systemie zdrowotnym<sup>18</sup>. Zwracano uwagę, że pozostawienie sądom możliwości rozstrzygnięcia dyskusji o politycznych zmianach jest formą niszczenia publicznych dyskusji, zwłaszcza w trakcie kampanii wyborczych (Syska 2010). Dalszym ciągiem ucieczki od problemów było zorganizowanie dyskusji niektórych kandydatów do urzędu prezydenckiego na temat reformowania opieki zdrowotnej (Gazeta.pl 2010). Moja krytyka nie dotyczy oceny wagi problemu – kwestie sytuacji i zmian w systemie zdrowotnym powinny być przedmiotem uwagi i namysłu. Moja krytyka dotyczy sytuacji, kiedy świadomie proponuje się – i organizuje – spotkanie osób niekompetentnych. W sprawie, która należy do jednej z najtrudniejszych dla fachowców mieli zabierać głos prominentni politycy, o sprawach sektora zdrowotnego nie mający żadnej pogłębionej wiedzy. Od początku było całkowicie jasne – dla każdego w miarę bezstronnego obserwatora – że debata nie może doprowadzić do jakichkolwiek sensownych merytorycznych ustaleń. Najbardziej widowym efektem wydarzeń wydaje się kompromitacja rzetelnego traktowania zagadnień związanych z ochroną zdrowia.

### *Ruch „Rodzić po ludzku”*

Fundacja „Rodzić po ludzku” powstała w 1996 r., aby kontynuować działania zainicjowane przez grupę dziennikarzy i działaczy społecznych podczas pierwszej fazy mobilizacji opinii samych zainteresowanych kobiet i ich rodzin, którzy sprzeciwili się wcześniejszej rutynie<sup>19</sup>. Ruch społeczny – nie waham się użyć takiego określenia – rozpoczął się od serii tekstów drukowanych w „Gazecie Wyborczej” w 1994 roku, w których ujawniano dramatycznie złe warunki, w jakich przychodziło rodzić kobietom. Zasadniczym powodem licznych skarg był całkowicie przedmiotowy sposób traktowania kobiet, których emocje – wydawałoby się najbardziej naturalne i pozytywne – były traktowane jako kłopot dla personelu i całkowicie lekceważone. Takie działania jak przymusowe golenie, wymuszona pozycja i rozdzielanie matek i nowo narodzonych dzieci były codzienną praktyką, traktowaną jako postępowania całkowicie racjonalne, podporządkowane trosce o zdrowie i nie wymagające jakiegokolwiek ingerencji. Zjawisko medycznej dominacji, znane w literaturze i praktyce wielu krajach znajdowało w doświadczeniu polskich kobiet dramatyczną manifestację. Początkowo zainicjowano akcję, w której elementy sprzeciwu i hasło godności były wyraźnie obecne, aby następnie powołać Fundację „Rodzić po ludzku”. Po latach doświadczeń Fundacja stała się ważnym uczestnikiem tego, co dzieje się w opiece zdrowotnej i na jej pograniczach. Organizuje liczne zajęcia edukacyjne i spotkania przygotowujące do aktywnego porodu i pierwszych tygodni rodzicielstwa, oferuje ćwiczenia dla kobiet w ciąży. Wydaje się jednak, że największym osiągnięciem ruchu i Fundacji jest udział w kształtowaniu nowej świadomości obywatelskiej, a nie tylko świadomości pacjentów i służby zdrowia. Uczestniczący w przedsięwzięciu często zaczynają sobie zdawać sprawę, że w ochronie zdrowia – tak jak we wszystkich sferach publicznych – nie należy biernie

<sup>18</sup> W orzeczeniu sądu użyto termin „komunalizacja”, co było dalszym pogłębieniem nieporozumień (Polskie Radio 2010)

<sup>19</sup> Fundacja „Rodzić po ludzku”, dostępne na stronie: <http://www.rodzicpoludzku.pl/O-Fundacji/>

poddawać się tradycyjnie dziedzicznym autorytetom, w błędnym przekonaniu, że trwającego lata obyczaju nie można i nie należy zmieniać. Sądę, że doświadczenie zdobywane w specyficznych kwestiach dotyczących porodu może być z sukcesem przenoszone na inne dziedziny.

Z Ruchem „Rodzić po ludzku” wiąże się powołanie do życia Fundacji Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, która powstała w 2004 roku. Choć można twierdzić, że jej powołanie było odpowiedzią na społeczne oczekiwania, to warto podkreślić rolę księdza Arkadiusza Nowaka, znanego w przeszłości obrońcą osób będących nosicielami wirusa HIV<sup>20</sup>. Jako główne cele działalności Instytutu wskazano:

- upowszechnianie wśród społeczeństwa idei praw pacjenta i wspieranie działań mających na celu ich egzekwowanie;
- podejmowanie działań mających na celu traktowanie pacjenta jako najważniejszego podmiotu w systemie ochrony zdrowia, a w szczególności w relacji lekarz – pacjent;
- wspieranie i aktywizacja środowisk działających na rzecz praw pacjenta, w tym inspirowanie działań na rzecz integracji różnych grup i organizacji reprezentujących pacjentów;
- wspieranie rozwiązań systemowych mających na celu dobro pacjentów oraz podniesienie świadomości obywatelskiej w dziedzinie praw pacjenta i polityki zdrowotnej państwa;
- rozwijanie współpracy międzynarodowej w powyższym zakresie;
- propagowanie działań mających na celu poprawę stanu zdrowia społeczeństwa i postaw pro-zdrowotnych.

W praktyce aktywność Instytutu polega przede wszystkim na propagowaniu idei praw pacjenta i na udzielaniu porad prawnych w tej dziedzinie. Na szczególną uwagę zasługuje z pewnością akcja „Leczyć po ludzku”.

W listopadzie 2009 r. Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej zainicjował akcję społeczną „Leczyć po ludzku”<sup>21</sup>. Partnerem od początku była Gazeta Wyborcza, mająca bogate doświadczenie dzięki wspomnianej wcześniej inicjatywie związanej z porodami. W kręgach IPPiEZ oceniano, że przesłanie kampanii dotarło do około 5 milionów osób. Czas wystąpienia był dobrze dobrany, bo od połowy roku obowiązywała ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ale stan jej stosowania był daleki od zadowalającego. Mimo że w Polsce prawa pacjentów były zapisane w ustawie już od 1991 roku, zarówno poziom wiedzy pacjentów, jak i gotowość ich przestrzegania przez personel medyczny pozostawały wiele do życzenia. Początkowo sama koncepcja została przyjęta przez pracowników medycznych z pewną niechęcią, co zresztą było reakcją spotykaną w wielu krajach. Przyjęto zatem, że celem akcji było zapoznanie polskiego społeczeństwa z przysługującymi wszystkim obywatelom prawami pacjenta. Zwłaszcza lekarze traktowali uchwalenie ustawy jako formę zewnętrznej interwencji w sprawy indywidualnych

<sup>20</sup> Statut Fundacji Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, dostępne na stronie: <http://www.prawapacjenta.eu/?pId=statut>.

<sup>21</sup> Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. Akcja „Leczyć po Ludzku”, dostępne na stronie: <http://www.prawapacjenta.eu/?pId=2186>.

kontaktów z pacjentem, które – ich zdaniem – powinny być kształtowane wyłącznie przez świadczeniodawcę. Zastosowanie pojęcia „praw”, w czym zawierał się element roszczenia, a więc egzekwowania jakiegoś uprawnienia należnego pacjentom było traktowane jako niezgodne z misją i odpowiedzialnością lekarza. Środowisko IPPiEZ miało podstawy, by wspierać koncepcję praw pacjenta. Jak stwierdzono w przeprowadzonych kilka lat wcześniej badaniach tylko co drugi polski respondent wiedział, że jako pacjentowi przysługują mu jakieś specyficzne prawa, natomiast tylko 19% z grupy poinformowanych była w stanie wskazać jakiekolwiek prawo i je nazwać (Prawa pacjenta 2008). Pacjenci nie mieli możliwości przekonania się o istnieniu i stosowaniu praw, bowiem 39% spośród nich twierdziło, że prawa są przestrzegane rzadko lub wcale. Przeciwnego zdania była mniejszość – 23% odpowiadających. Inicjatorzy akcji nie mogli mieć wątpliwości, że jest ona bardzo potrzebna.

### *Podsumowanie*

Przedstawione przykłady inicjatyw reformatorskich nie układają się w bardziej spójną całość. Robią wrażenie raczej przypadkowo podejmowanych wątków. Może to wynikać z tego, że w polskiej polityce zdrowotnej nie wykorzystuje się żadnego ośrodka, którego zadaniem byłaby systematyczna analiza sytuacji sektora zdrowotnego, z których mogłyby wynikać plany naprawcze. Skutki wprowadzanych w przeszłości reform nie są obserwowane i ich rzeczywiste rezultaty nie są przedmiotem niczyjego zainteresowania. Doraźne i mało systematyczne impresje zastępują bardziej systematyczne obserwacje. Nowe propozycje są zwykle wynikiem inicjatyw politycznych, grup interesów albo ambitnych jednostek. Jednym z nurtów poszukiwań koncepcyjnych były – i są – indywidualnie przygotowywane opracowania, będące syntezą wielu lat doświadczeń i opinii osób angażujących się w funkcjonowanie systemu (Krasucki, bez daty). Ich cechą, poza – niekiedy – błyskotliwością, jest całkowity brak troski o szanse wprowadzania przedstawianych, niekiedy bardzo słusznych propozycji, w życie. Pomysły takie miały rację bytu w przeszłości, ale kiedy istnieją możliwości tworzenia zaplecza instytucjonalnego – fakt, że całkowicie nie wykorzystywanego – ich stała obecność budzi zaskoczenie. Jest chyba cechą zjawiska, które może okazać się niebezpieczne – deprofesjonalizacji przygotowywania procesu decyzyjnego. W tych warunkach rozproszenie tematyczne, które starałem się porządkować odwołując się do pojęcia prywatyzacji, wydaje się być czymś naturalnym. Tym bardziej, że pojęcie to już od pewnego czasu, rzadko pojawia się w oficjalnych dyskusjach i większość sił politycznych uparcie twierdzi, że wśród ich planów politycznych nie ma prywatyzacji. Utrudnia to dramatycznie wykorzystywanie mechanizmów rynkowych w tym rozsądnym zakresie, w którym mogą one służyć poprawie efektywności systemu zdrowotnego.

Stan świadomości obywateli jest faktem, który musi być brany pod uwagę tak przez badaczy, jak i polityków. Ci pierwsi traktują go jako szansę lub przeszkodę we wprowadzaniu proponowanych zmian. Mapę poparcia i sprzeciwu mogą wykorzystywać do szukania zwolenników i neutralizowania oporu. Mogą także rozważać próby długofalowego oddziaływania celem zmiany poglądów. Dla polityków przekonania i emocje otwierają

możliwości mobilizowania poparcia dla własnych planów, i sprzeciwu wobec zamierzeń oponentów. W przedstawionych poglądach Polaków, prócz niezadowolenia z organizacji i działania służby zdrowia, obecny był element antymodernizacyjny i antyrynkowy. Dotyczyło to zarówno odrzucania haseł prywatyzacji, jak i niechęci wobec przyjmowania na siebie finansowych zobowiązań. Dominowało przekonanie o odpowiedzialności państwa za umożliwianie darmowego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Jeśli pojawiało się zainteresowanie prywatnym ubezpieczeniem – co pociągałoby za sobą konieczność płacenia składki – to wysokość składki była minimalna. Dostrzegany wzrost poparcia dla niektórych drobnych, dodatkowych opłat pozostawał na niskim poziomie. W tych warunkach używanie pojęcia „prywatyzacji” jako bodźca wywołującego lęk było uzasadnione i – przynajmniej przejściowo – skuteczne.

Sprawa POZ ujawniła wyraźne niepowodzenie wysiłków mających na celu usprawnienie funkcjonowania lekarzy rodzinnych i uczynienie z nich siły promującej progresywne zmiany w systemie. Klęska dawnych reformatorów polega nie tylko na tym, że warunki udzielania świadczeń nie tworzą komfortu dla pacjentów, nie tylko na tym, że władze służby zdrowia są obciążone – jak dawniej – obowiązkiem organizowania opieki w porze nocnej, w niedziele, święta, w czasie urlopu. Nowe przepisy wydane przez Ministerstwo Zdrowia utrwaliły sytuacje mało korzystne dla pacjentów i władz, a bardzo korzystne dla świadczeniodawców. Najważniejszy przejaw klęski polega na ujawnieniu całkowitej bezradności wobec oporu środowiska, które było w stanie – pod wpływem szantażu – zaakceptować egoistyczne żądania świadczeniodawców. Doświadczenia negocjacji z Porozumieniem Zielonogórskim pokazało, że władze muszą ugiąć się pod presją środowiska, niezależnie od tego, jak dalece byłoby to niezgodne z dążeniami decydentów. Mechanizm otwartego zarządzania, w którym jest wykorzystywany udział społecznych partnerów, został – w naszych warunkach – w znacznym stopniu skompromitowany. Jednocześnie nadzieje związane z pozyskaniem sojusznika we wprowadzaniu zmian i racjonalizowaniu działania systemu spełzły na niczym. Odpowiedź na pytanie o to, które środowiska wewnątrz sektora zdrowotnego byłyby skłonne popierać zmiany modernizacyjne jest obecnie trudniejsza, niż była przed aktywizacją Porozumienia Zielonogórskiego.

Lansowanie idei przekształcania szpitali w spółki prawa handlowego nie przyniosło jednoznacznych rezultatów. Z jednej strony perspektywa takich przekształceń jest atrakcyjna, może zwiększać prawdopodobieństwo bardziej racjonalnego zarządzania i unikania długów – ale warto pamiętać, że możliwość taka już istnieje i dla jej uruchomienia nie trzeba wprowadzania nowych przepisów. Wszystkie szpitale, których kierownictwo i ich organy założycielskie czują się przygotowane do zmian – chodzi o stan świadomości i jakość zarządzania – mogą na drogę przekształceń dobrowolnie wstąpić. Istotą projektu ustawy były przekształcenia obligatoryjne, niezależne od stopnia przygotowania poszczególnych instytucji do czekających je zmian. Był to pomysł zły i jest rzeczą interesującą, że autorzy koncepcji nie wyciągnęli wniosków ze zniechęcających doświadczeń zebranych przed laty w czasie przymusowego tworzenia samodzielnych zoz. Nie są jasne argumenty, które przekonały autorów koncepcji do jego włączenia do projektu, pamiętając że pierwotnie godzono się na zasadę dobrowolności. W trakcie prac parlamentarnych nie przed-

stawiono przekonującego uzasadnienia przebudowy propozycji – poza wyraźną sugestią rządu. Jednocześnie dziwi upór, z jakim autorzy koncepcji bronili zasady obligatoryjnych zmian, jeśli nawet szansa odrzucenia weta prezydenckiego nie skłoniła ich do poczynienia ustępstw. Ogłoszenie „Planu B” robiło wrażenie raczej desperackiej próby przesłonięcia niepowodzenia, do jakiego doszło w procesie legislacyjnym, niż rzeczywistego otwierania przed zakładami i samorządami nowych możliwości. Warto przy tym pamiętać, że przekształcenia własnościowe szpitali są tylko jedną z wielu możliwości poszukiwania lepszych formuł zarządzania i ich ewentualne wprowadzenie nie zwalnia decydentów od rozpatrywania – i wprowadzania w życie – innych rozwiązań.

Bardziej optymistycznym ciągiem zdarzeń było powstawanie i rozwój ruchów służących mobilizacji obywateli i pacjentów. Początkowo odbywało się to wbrew postawom personelu medycznego, ale pozyskanie współpracy części kadr medycznych pozwoliło tworzyć przyczółki poszanowania praw ludzi, którzy przejściowo stawali się pacjentami. Dobrze się stało, że ruch pacjentów rozpoczął się – symbolicznie – od aktu narodzin dziecka. Było w tym coś symbolicznego, że powstaje nowa jakość w relacjach między świadczeniodawcami i pacjentami. Kiedy koncept praw pacjenta uzyskiwał formalne umocowanie ustawowe emocjonalny grunt prawny był przygotowany. W chwili skodyfikowania praw w 2009 roku – mimo wszelkich słabości związanych z niewystarczającymi procedurami – wielu pracowników medycznych było emocjonalnie przygotowanych, by je zaakceptować. Można zatem z nadzieją spodziewać się, że wspierany przez wielu obywateli i pacjentów polski system zdrowotny będzie ewoluował w dobrym, a w każdym razie lepszym kierunku.

## **Bibliografia**

- Balicki, M., J.R. Łuczak, (1996). „Medycyna rodzinna – początki w Polsce”. W: M. M. Kochen (red.). *Medycyna rodzinna*. Warszawa: PZWL.
- Barr, N. (1993). *Ekonomika polityki społecznej*, Poznań: Wydawnictwo A.E. w Poznaniu.
- CBOS (2007). *Polacy o możliwych zmianach w systemie ochrony zdrowia. Komunikat z badań*. Warszawa, kwiecień dostępne na stronie: [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2007/K\\_057\\_07.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2007/K_057_07.PDF)
- CBOS (2009). *Prestiż zawodów. Komunikat z badań*. Warszawa, styczeń, dostępne na stronie: [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K\\_008\\_09.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_008_09.PDF)
- CBOS (2010). *Opinie o opiece zdrowotnej. Komunikat z badań*. Warszawa, luty, dostępne na stronie: [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2010/K\\_024\\_10.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2010/K_024_10.PDF)
- Czapiński, J., T. Panek (red.), (2007). *Diagnoza Społeczna 2007*, dostępne na stronie: [http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza\\_raport\\_2007.pdf](http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2007.pdf).
- Czapiński, J., T. Panek (red.), (2009). *Diagnoza Społeczna 2009*, dostępne na stronie: [http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza\\_raport\\_2009.pdf](http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2009.pdf)
- Gazeta.pl (2010). „Wybory 2010. Napieralski chce dyskusji o służbie zdrowia”, 16 czerwca, dostępne na stronie: [http://wiadomosci.gazeta.pl/Wiadomosci/1,80708,8034510,Wybory\\_2010\\_\\_Napieralski\\_chce\\_dyskusji\\_o\\_sluzbie\\_zdrowia.html](http://wiadomosci.gazeta.pl/Wiadomosci/1,80708,8034510,Wybory_2010__Napieralski_chce_dyskusji_o_sluzbie_zdrowia.html).

- Gazeta Prawna* (2008). „PO: zarzuty PiS o »totalną prywatyzację« szpitali to beczelność”, 16 lipca, dostępne na stronie: [http://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/26684,po\\_zarzuty\\_pis\\_o\\_totalna\\_prywatyzacje\\_szpitali\\_to\\_beczelnosc.html](http://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/26684,po_zarzuty_pis_o_totalna_prywatyzacje_szpitali_to_beczelnosc.html)
- Gazeta Prawna* (2009). „Ponad połowa rynku usług zdrowotnych w Polsce jest już w rękach niepublicznych”, 21 stycznia.
- Gazeta Prawna* (2010). „Minister Kopacz ma nowy plan na oddłużenie szpitali”, 9 kwietnia, dostępne na stronie: [http://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/412166,minister\\_kopacz\\_ma\\_nowy\\_plan\\_na\\_odd\\_luzenie\\_szpitali.html](http://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/412166,minister_kopacz_ma_nowy_plan_na_odd_luzenie_szpitali.html).
- GUS (2010). *Mały Rocznik Statystyczny 2010*. Warszawa: GUS.
- Krasucki, P. (bez daty). *Założenia programu zmian w systemie opieki zdrowotnej*, dostępne na stronie: <http://www.bgnsoillers.pl/biblioteka.pdf>.
- Lech, M. (2000). „Wprowadzenie do dyskusji na III Forum Lekarzy Prywatnych »Prywatyzacja Opieki Zdrowotnej«, Warszawa 30 marca 2000”. *Gabinet Prywatny*, nr 4 (81).
- Lee, H. i inni (2008). „Comparing efficiency between public and private hospitals”. *South Korea International Journal of Public Policy*, nr 5-6.
- Ministerstwo Zdrowia (2005). *Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce 2007–2013*. Warszawa, czerwiec.
- Money.pl (2009). „Kopacz kontratakuje. Plan B jednak działa?”, 3 sierpnia, dostępne na stronie: <http://news.money.pl/artykul/kopacz;kontratakuje;plan;b;jednak;dziala,2,0,497922.html>
- MZiOS (1994). „Strategia rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej”, opracował zespół pod kierunkiem M. Balickiego, marzec, maszynopis.
- MZiOS (1998). „Strategia rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej w oparciu o instytucję lekarza rodzinnego”, przygotował zespół: J. R. Łuczak, A. Roślewski, T. Tomasiuk, A. Windak. *Antidotum*, nr 7.
- Obywatelski Ośrodek Konsultacji Społecznych (2008). *Reforma systemu ochrony zdrowia w opiniach: samorządów, organizacji pozarządowych, związków zawodowych*. Warszawa wrzesień, dostępne na stronie: <http://www.fundacja-pe.nazwa.pl/ooks/pliki/badanie.pdf>.
- Polskie Radio (2010). „J. Kaczyński znów przegrał w sądzie”. *Wiadomości*, 22 czerwca, dostępne na stronie: [http://www.polskieradio.pl/wiadomosci/kraj/artykul171400\\_j\\_kaczynski\\_znow\\_przegral\\_w\\_sadzie.html](http://www.polskieradio.pl/wiadomosci/kraj/artykul171400_j_kaczynski_znow_przegral_w_sadzie.html).
- Productivity Commission (2009). *Public and Private Hospitals*. Productivity Commission Research Report. Canberra, December, dostępne na stronie: [http://www.pc.gov.au/\\_\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0015/93030/hospitals-report.pdf](http://www.pc.gov.au/___data/assets/pdf_file/0015/93030/hospitals-report.pdf)
- Projekt ustawy o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw*, dostępne na stronie: [http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/23F1E647A8FC87F7C1257408003700E2/\\$file/292.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/23F1E647A8FC87F7C1257408003700E2/$file/292.pdf)
- Rizzi, D. (2006). *Measuring Hospital Efficiency. An Application to a sample of Italian NHS hospitals*, dostępne na stronie: [http://ideas.repec.org/p/ven/wpaper/2006\\_13.html](http://ideas.repec.org/p/ven/wpaper/2006_13.html)
- Rynek Zdrowia* (2010). „Komorowski kontra PiS: znowu poszło o prywatyzację szpitali”, 12 czerwca, dostępne na stronie: <http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Komorowski-kontra-PiS-znowu-poszlo-o-prywatyzacje-szpitali,18868,14.html>.

- Stanowisko Rządu wobec poselskiego projektu ustawy – o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw*, Druk nr 292, dostępne na stronie: [http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/5FF3F623DF21CD20C125741800268227/\\$file/292-004.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/5FF3F623DF21CD20C125741800268227/$file/292-004.pdf).
- Super Ekspres* (2009). „Rząd ma dla szpitali plan B”, 17 lutego, dostępne na stronie: [http://www.se.pl/wydarzenia/kraj/rzad-ma-dla-szpitali-plan-b\\_90084.html](http://www.se.pl/wydarzenia/kraj/rzad-ma-dla-szpitali-plan-b_90084.html)
- Tiemann, O., J. Schreyögg, (2009). “Effects of Ownership on Hospital Efficiency in Germany”. *Business Research*, vol. 2, nr 2.
- Tymowska, K. (2000). „Prywatyzacja opieki zdrowotnej w teorii i praktyce”. *Gabinet Prywatny*, nr 3.
- Tymowska, K. (2000a). „Prywatyzacja opieki zdrowotnej w teorii i praktyce”. *Prawo i medycyna*, nr 1.
- Włodarczyk, C.W. (2010). *Uwagi o niektórych problemach polskiego systemu zdrowotnego. Kwestie ubóstwa i wykluczenia*, sierpień, EAPN, dostępne na stronie: <http://www.eapn.org.pl/expert/files/Uwagi%20o%20niekt%C3%B3rych%20problemach%20polskiego%20systemu%20zdrowotnego%20Kwestia%20ub%C3%B3stwa%20i%20wyk.pdf>
- World Health Organization and UNICEF (1978). *Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care*. Alma-Ata USSR. 6–12 September, Geneva, dostępne na stronie: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf>

### ***Around privatisation in health care. Some issues***

In recent years Polish health system underwent a lot of changes. One of their important dimensions was a balance between public and private. Before 1989 the system was almost completely public and the idea to boost private segment was raised many times. It was propagated mostly by a group of outstanding medical professional who hoped it to be beneficial for them as well as by a few economists believing in market efficiency, but their position was too weak to alter political decisions and privatisation has never explicitly been declared as a priority of national reform. Nevertheless privatisation appeared from time to time as a hidden goal of some health care reform initiatives and a substantial part of health care providers – mostly in out-patient care – has been privatised.

Public convictions and beliefs make a psychological bedrock in which health system can be transformed. Many surveys reveal the Polish population is rather confused in their perception of private segment of health care provision. They approve private providers in verbal declarations which are believed to be more accessible, but are afraid of having to pay in privatised hospitals. The people are not ready to be charged with fees.

In early stages of the reform an idea of setting up a structure to negotiate collectively terms of work was very popular. But launching the “Providers’ Alliance” (Porozumienie Zielonogorskie ) in 2004 resulted rather from urgent need to negotiate contracts between

PHC providers and the payer than from democratic concept. Physicians demanded many concessions from administration – working time, free Saturdays and Sundays – and they managed to get them. It was definitely against all promises given at first stages of health care reform. What more, all these concessions were approved by the authorities as binding in all country wide negotiations between the payer and providers.

One of the most important component of proposals presented by the government referred to the law on health care institutions. The inherited arrangements (“independent public healthcare institutions” or SPZOZ) were seen to confine chances to make optimal decisions. Making them more flexible seemed to be a prerequisite to better management and better meeting health needs of population. According to proposals a health institution could be run in the form of a company (in terms of the Code of Trade). Such transformation was intended to increase the managerial possibilities for hospital management to operate in more efficient way.. Equally important was to implement a rule of a stronger accountability – mostly financial – for decision makers responsible for running hospitals.

In early nineties the concept of patient right was hardly recognisable even if a list had been included in the law. One of areas where patients’ dignity was violated was obstetrician: conditions of delivery which were very poor. It was certainly the problem of scarce resources but also of attitudes shared and demonstrated to women. In 1994 the largest newspaper “Gazeta Wyborcza” proclaimed a campaign entitled “Childbirth with Dignity”. At the time the reason to do so was to initiate a public discussion on the subject, which was a taboo for years, but actually it contributed to change the situation substantially.